

Im Blickpunkt: Symposium "Kinderernährung - Mythen versus Wissenschaft"

Journal für Ernährungsmedizin 2011; 13 (4), 6-10

Homepage:

www.aerzteverlagshaus.at

**Online-Datenbank mit
Autoren- und Stichwortsuche**

MIT NACHRICHTEN DER



For personal use only.

Not to be reproduced without permission of Verlagshaus der Ärzte GmbH.

Erschaffen Sie sich Ihre ertragreiche grüne Oase in Ihrem Zuhause oder in Ihrer Praxis

Mehr als nur eine Dekoration:

- Sie wollen das Besondere?
- Sie möchten Ihre eigenen Salate, Kräuter und auch Ihr Gemüse ernten?
- Frisch, reif, ungespritzt und voller Geschmack?
- Ohne Vorkenntnisse und ganz ohne grünen Daumen?

Dann sind Sie hier richtig



A photograph of a woman with dark hair, smiling, sitting on a bed. A young girl with blonde hair is sitting on her shoulders, and a young boy with blonde hair is sitting in her lap. They are all smiling at the camera. The background is a light-colored wall with a shower head visible on the left.

Für die Ernährung von Babys gibt es neue Evidenzen, die Klarheit schaffen. Neue Studiendaten zeigen, was Kleinkindern fehlt. Und die Ernährungssituation von Jugendlichen in Europa ist teilweise dramatisch, wie die jüngsten Analysen aus der HELENA-Studie darlegen. Die Ergebnisse im Überblick – einzelne Aspekte werden in den nächsten Ausgaben des Journals für Ernährungsmedizin detailliert behandelt.

Symposium „Kinderernährung –
Mythen versus Wissenschaft“

WAS KINDER WIRKLICH BRAUCHEN

Unter dem Titel „Kinderernährung – Wissenschaft versus Mythen“ fand am 11. Nov. ein Symposium des Österreichischen Akademischen Instituts für Ernährungsmedizin (ÖAIE) und der Österreichischen Gesellschaft für Kinder- und Jugendheilkunde (ÖGKJ) in Zusammenarbeit mit der Österreichischen Ärztekammer statt. Unterstützt wurde die Veranstaltung vom Bundesministerium für Gesundheit, das durch die Generaldirektorin für öffentliche Gesundheit, Priv.-Doz. Dr. Pamela Rendi-Wagner, vertreten war. Dr. Rendi-Wagner bezeichnete Kinder als die wichtigste Zielgruppe für Präventivmaßnahmen im Rahmen des „Nationalen Aktionsplans Ernährung (NAP.e)“. Für diese Zielgruppe sei es besonders wichtig, dass gesundes Essen „Spaß macht“. Rendi-Wagner hob auch hervor, dass die interdisziplinäre Umsetzung der Empfehlungen ein wichtiger Aspekt in der Gesundheitsförderung sei. Was die Beikostempfehlungen betrifft, so sprach Univ.-Prof. Dr. Kurt Widhalm von einem Quantensprung in Österreich, da es erstmalig gelungen sei, evidenzbasierte Empfehlungen zusammen zu stellen. In Vertretung des Präsidenten der ÖGKJ, Univ.-Prof. Dr. Klaus Schmitt, fasste Vizepräsident Univ.-Prof. Dr. Reinhold Kerbl (Leoben) Fragen zusammen, die sich in der kinderärztlichen Praxis nach wie vor stellen, und deren Beantwortung ein Anliegen an die Wissenschaft wäre. Diese Fragen machen deutlich, wie groß der Forschungsbedarf in diesem zentralen Bereich nach wie vor ist. Sie berühren unter anderem Themen wie Eiweiß, Vitamine und Eisen, Fettsäuren bzw. Fette und reichen bis zu einer der großen Herausforderungen der Gesundheitspolitik in ganz Europa, nämlich wie Übergewicht zu vermeiden sei. Ein roter Faden dabei ist die Frage nach Evidenzen. Teilweise konnten sie im Rahmen dieses Symposiums beantwortet werden. Vieles bleibt aber noch zu klären.

ASPEKTE IM ERSTEN LEBENSJAHR

Einen Überblick über die vielen Facetten der Erarbeitung von Richtlinien zur Kinderernährung auf europäischer Ebene gab Univ.-Prof. Dr. Carlo Agostoni (Mailand) mit einem Bericht über die jüngsten Diskussionen zu den „ESPGHAN-Guidelines for Complementary Feeding“ (European Society for Paediatric Gastroenterology Hepatology and Nutrition) und die wissenschaftliche Meinung der EFSA (European Food Safety Authority) zu den Beikostempfehlungen. An dieser Stelle seien einige Aspekte herausgegriffen. Den verfügbaren Daten nach ist das exklusive Stillen bis zum 6. Monat eine wünschenswerte

Zielsetzung. Allerdings sind die individuellen Unterschiede beträchtlich, wann Säuglinge ausreichende gastrointestinale, renale und motorische Funktionen entwickelt haben, sodass mit **Beikost** begonnen werden kann und soll. Daher lässt sich der Zeitpunkt auch nicht streng festlegen. Zudem sind unterschiedliche Traditionen in unterschiedlichen Ländern zu berücksichtigen. Es gibt auch EU-weit unterschiedliche Empfehlungen. Für Österreich kann die Empfehlung gelten, mit der Einführung der Beikost nach dem vollendeten 4. Lebensmonat und vor dem vollendeten 6. Lebensmonat zu beginnen. Eine spätere Einführung geht neueren Daten zufolge mit einem, wenn auch geringen, Risiko für Übergewicht im Erwachsenenalter einher. Das Verbot von **Kuhmilch** im ersten Lebensjahr ist veraltet. Kuhmilch kann ab etwa dem 6. Lebensmonat in kleinen Mengen gefüttert werden. Als Haupt-

„Neue Daten bringen Klarheit bezüglich Beikost-Einführung, Kuhmilch und Protein im 1. Lj., Gluten und potenziell allergener Lebensmittel.“

milchquelle sollte Vollmilch vor dem 12. Lebensmonat nicht verwendet werden; Magermilch nicht vor dem 2. Lebensjahr, um die notwendige Energieversorgung zu gewährleisten. Bezüglich der **Proteinaufnahme** in den ersten Lebensjahren hat es in letzter Zeit einige Unsicherheiten gegeben. Eine Studie weist darauf hin, dass eine hohe Proteinzufuhr im ersten Lebensjahr möglicherweise mit einem höheren BMI im Alter von sieben Jahren verbunden ist. Mit zunehmendem Alter gleicht sich dies allerdings wieder aus. Deshalb gibt es keine Evidenz dafür, dass eine hohe Proteinaufnahme im 1. Lebensjahr mit einer hohen Prävalenz von Übergewicht korreliert. Eiweiß-Empfehlungen für das 6. bis 24. Lebensmonat sind ev. zu überarbeiten, unter Einbeziehung von sozialem Hintergrund und Lebensstil. **Gluten** sollte nicht vor dem 4. Lebensmonat und nicht nach dem 7. Lebensmonat eingeführt werden. Es sollte noch während der Stillzeit das erste Mal gegeben werden. Es gibt Hinweise, dass eine Vermeidung von Gluten vor dem 4. Lebensmonat das Risiko für Diabetes reduzieren kann. Die Empfehlung einer Vermeidung der Einführung von **potenziell allergenen Lebensmitteln** bei gesunden Kindern ist veraltet. Eine

langsame Einführung ist ab dem 6. Lebensmonat, während der Säugling noch gestillt wird, möglich. Es gibt keine Daten bezüglich der Reihenfolge, wann welches Lebensmittel eingeführt werden soll.

KLEINKINDER

Da die Doyenne der Ernährungsmedizin in Deutschland, Univ.-Prof. Dr. Mathilde Kersting vom Forschungsinstitut für Kinderernährung (FKE) Dortmund, aufgrund aktueller Ereignisse verhindert war, hier nur ein Auszug aus Ihrem geplanten Vortrag. Verzehrsstudien bei Kleinkindern aus Großbritannien, Finnland und den USA zeigen, dass die Versorgung mit Makronährstoffen meist ausreichend ist, die Zufuhr an Obst und Gemüse hingegen größtenteils unzureichend. Laut GRETA-Studie (German Representative Study of Toddler Alimentation) in Deutschland – eine Feldstudie mit 500 Kindern zwischen ein und drei Jahren – nehmen Mädchen und Buben zuviel Süßigkeiten, Eier und Fleisch auf, aber zu wenig Fisch und Flüssigkeit. Nach sozioökonomischer Zugehörigkeit aufgeschlüsselt zeigt sich, dass in schwächeren Schichten mehr Fleisch und weniger Obst als in stärkeren Schichten verzehrt wird. Der überhöhte Verzehr von Süßigkeiten bleibt über die Schichten hinweg gleich. Die Versorgung mit Makronährstoffen liegt größtenteils im Bereich der Empfehlungen, bei Mikronährstoffen besteht häufig ein Mangel betreffend Vitamin D, Folsäure, Eisen und Vitamin B1. Mit zunehmendem Alter verzehren Kinder immer mehr fettreiche tierische Lebensmittel. Als Lösungsansatz für Kinder bis ins Jugendalter abgestuft wurde bereits in den 1990er Jahren vom FKE die „**optimierte Mischkost**“ entwickelt. Eine Evaluierung zeigt, dass die optimierte Mischkost die Nährstoffbedürfnisse mit den Ausnahmen Jod und Folsäure deckt. Daher wird jodiertes, folsäureangereichertes Speisesalz und eine Vitamin D-Supplementierung empfohlen.

NEUES VON HELENA

Univ.-Prof. Dr. Marcela Gonzáles-Gross (Madrid) präsentierte neue Resultate der HELENA-Studie (Healthy Lifestyle in Europe by Nutrition in Adolescence; www.helenastudy.com). Diese Studie startete 2004 und ist die erste multinationale Studie, die auch Sport und körperliche Fitness in die Erhebungen mit einbezieht und europaweite vergleichbare Daten über europäische Jugendliche bezüglich Nährstoffaufnahme, körperliche Bewegung, Körperzusammensetzung, Blutdruck und Blutfettpara-

Fortsetzung
auf Seite 10

meter liefert. Die HELENA-Studie wurde auf europäischer Ebene kürzlich zu einer „Success-Story“ gekürt.

Mehr als 3500 gesunde Jugendliche zwischen 13 und 17 Jahren wurden einbezogen. Darunter hatten mehr als 25 Prozent einen BMI über 30. Die meisten Übergewichtigen wurden auf Kreta und in Italien festgestellt. Die höhere Prävalenz für Übergewicht in südlichen Ländern steht möglicherweise mit geringer körperlicher Aktivität in Zusammenhang, die definitive Klärung der Ursachen steht noch aus. Es gibt eine starke Korrelation mit dem sozialen Status. In südlichen Ländern verbringen Kinder **mehr Zeit sitzend** als in nördlichen. Ein entscheidender Faktor ist dabei der Fernseher im eigenen Zimmer. Das Bewegungsverhalten der europäischen Kinder und Jugendlichen ist generell alarmierend. Nur 58 Prozent der Knaben und 31 Prozent der Mädchen bewegen sich täglich mindestens 60 Minuten, was als Zielwert gesehen wird. Wien liegt dabei im europäischen Mittelfeld mit 54 Prozent der Knaben und 38 Prozent der Mädchen, die sich im gewünschten Ausmaß bewegen. Mehr als ein Drittel aller Mädchen und Knaben zeigen im Fitness-Test (Kraftmessung, Ausdauer, Beweglichkeit) unterdurchschnittliche Werte. Ein Mangel an körperlicher Aktivität geht u.a. mit einer verminderten Sauerstoffaufnahmekapazität und einem erhöhten Risiko für Insulinresistenz einher. Die kardiorespiratorische Fitness nimmt ab. Ungefähr 17 Prozent der teilnehmenden Jugendlichen frühstücken nie. Damit ist ein höheres Risiko für kardiovaskuläre Erkrankungen verbunden. Die Blutfettwerte sind bei Jugendlichen, die aufs **Frühstück** verzichten, schlechter als bei Jugendlichen, die normal frühstücken. Die Aufnahme an **Obst und Gemüse** ist zu gering, die Flüssigkeitszufuhr ist viel zu gering, wobei der Anteil an Softdrinks und süßen Säften viel zu hoch ist. **Energiehaltige Getränke** machen einen hohen Anteil der Gesamtenergieaufnahme aus (in Österreich bis zu 20 Prozent). Auch Snacks sind maßgeblich an einer zu hohen Energieaufnahme beteiligt. Dabei sind sich Kinder durchaus bewusst, was gesund und was ungesund ist, aber für sie ist in erster Linie der Geschmack wichtig. Auch der sozioökonomische Status übt hier einen maßgeblichen Einfluss aus. So werden beispielsweise Pommes frites bei niedrigem sozioökonomischem Status weitaus häufiger verzehrt als bei hohem. Die Versorgung mit **Mikronährstoffen** variiert sehr stark zwischen den Ländern und korreliert ebenfalls mit dem sozioökonomischen Status. Bei 25 Prozent der Probanden bestand eine Unterversorgung mit Eisen. Die Vitamin D-

Versorgung war nur bei rund 19 Prozent der Teilnehmer ausreichend, bei 15 Prozent zeigte sich eine schwerwiegende Unterversorgung.

Wenn es um die Prävention ernährungsabhängiger Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen geht, sind in erster Linie Schulen ein wichtiger Ansprechpartner. Wichtig bei allen Interventionen mit Kindern ist: Es muss ihnen Spaß machen. Ein Beispiel ist das Projekt: „Train like an astronaut“ (www.trainlikeanonaut.org).

Die Ernährungssituation der 13- bis 16-jährigen Jugendlichen in Europa wurde von Prof. Widhalm anhand konkreter Parameter zusammengefasst und in Vergleich zu den FKE-Empfehlungen gestellt. Dabei zeigen sich zum Teil dramatische Diskrepanzen. Als besonders alarmierend ist die sehr hohe Zufuhr an süßen Getränken und Alkohol zu sehen, die gemeinsam rund 20 Prozent der Gesamtenergiezufuhr pro Tag ausmachen. In Wien ist der

Konsum von Süßigkeiten noch höher als der europaweite Durchschnitt.

- **Gemüse** wird mit ca. 100 Gramm täglich weitaus weniger aufgenommen als die Empfehlung von 260 bis 350 Gramm angeben.
- **Fleisch und Wurst** macht mit 160 Gramm täglich mehr als das Doppelte der Empfehlung von 65 bis 85 Gramm aus.
- **Schokolade** liegt bei ca. 25 Gramm täglich und damit deutlich überhöht.
- **Milch und Milchprodukte** werden mit 260 ml täglich nur rund halb so viel aufgenommen wie empfohlen (ca. 500 ml täglich).
- **Wasser** liegt mit 728 ml auch unter der Hälfte der Empfehlung von rund 1500 ml.
- **Softdrinks** hingegen liegen mit 303 ml deutlich über den Empfehlungen.

ÖAIE 2011; Redaktion K. Gruber
Literatur bei den Verfassern

HELENA-STUDIE: AKTUELLE ERGEBNISSE

- Jugendliche haben durchaus gutes **Ernährungswissen**, sie **verhalten** sich jedoch nicht dementsprechend. Sie möchten selbst über ihr Essen entscheiden – und sie haben „immer“ Hunger.
- Bei vielen Parametern zeigt sich ein **Nord-Süd-Trend**.
- Die Körperfett-Parameter variieren zwischen männlichen und weiblichen Jugendlichen.
- **Übergewicht** kann mit Körperfett-Parametern, geringem Vitamin-B12, Vitamin C, Vitamin D und Beta-Carotin-Level in Verbindung gebracht werden. Homocystein Level und prooxidativer Status sind erhöht.
- **Untergewichtige** Jugendliche zeigen eine mangelhafte Folsäure-, Vitamin B12- und Eisenversorgung.
- Der **sozioökonomische** Status beeinflusst Bodycomposition, körperliche Bewegung, Lebensmittelwahl und die Versorgung mit Mikronährstoffen in allen Altersgruppen.
- Mit Ausnahme von Vitamin D fehlen Daten bezüglich des **Vitaminstatus** von Jugendlichen. Der 25(OH)D-Status ist nur bei 19 % der Jugendlichen ausreichend, bei 39 % ist er unzureichend, 15 % weisen einen schweren Mangel auf.
- 25 % der Probanden zeigen eine Mangelversorgung bei **Eisen**.
- Ein gesunder Lebensstil mit verbesserten Ernährungsgewohnheiten und regelmäßiger körperlicher Aktivität muss in allen Altersgruppen stärker gefördert werden.

KONSEQUENZEN DER HELENA-STUDIE

Ausgewählte Empfehlungen für Kinder & Jugendliche

- Für **Vitamin D** müssen unter Umständen neue Normwerte definiert werden. Eine Supplementierung ist wahrscheinlich sinnvoll für u.a. die Verbesserung der muskulären Fitness.
- Eine Erhöhung der **Vitamin B6**-Zufuhr ist vor allem in Hinblick auf eine Verbesserung der Fitness bei Mädchen erforderlich.
- Mehr **Beta-Carotin** und **25(OH)D** sind für eine Verbesserung der kardiorespiratorischen Fitness erforderlich.
- Mehr **Tocopherol, Vitamin B12** sind für eine Verbesserung der Leistungsfähigkeit zu empfehlen.
- Eine vermehrte Aufnahme von **Eisen** ist zu fördern, um dem hohen Anämie-Risiko entgegen zu wirken.
- Es ist nicht sicher, ob **Calcium** präventiv gegen Osteoporose wirksam ist. Die zu empfehlenden Mengen liegen wahrscheinlich unter 1 Gramm (ca. 700 – 800 mg).
- **Fette**: Weniger gesättigte Fettsäuren, mehr mehrfach ungesättigte Fettsäuren (PUFAs; z.B. Verwendung von Rapsöl steigern).